

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の『登録事項等についての説明』の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、記載を省略して差し支えありません。

## 1. 設置者概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんじゅこうかい 医療法人寿光会	
主たる事務所の所在地	〒470-0224	
連絡先	電話番号	0561-32-1935
	FAX番号	0561-34-5541
	ホームページアドレス	<a href="http://www.jkknet.or.jp/chuo">http://www.jkknet.or.jp/chuo</a>
代表者	氏名	篠崎仁史
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 41年 4月 9日	
主な実施事業	※別添 1 (別の実施する介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) あつとほ一むふじおか あつとほ一む藤岡	
所在地	〒470-0452 愛知県豊田市迫町石田 691 番地 17	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄三河線 猿投駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・豊田おいでんバスで乗車 30 分、迫停留所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 20 分
連絡先	電話番号	0565-75-2880
	FAX番号	0565-76-6158
	ホームページアドレス	<a href="http://www.jkknet.or.jp/chuo">http://www.jkknet.or.jp/chuo</a>
管理者	氏名	渡部 洋一
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 21 年 10 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30 年 1 月 1 日

### (類型)【表示事項】※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
③ 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

土地	敷地面積	2997.97㎡				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	(2010年6月1日～2040年5月31日)		
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	2091.60㎡			
		うち、老人ホーム部分	2091.60㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ( )				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり	(2010年6月1日～2040年5月31日)			
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最多	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	25.55㎡	50	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	51.10㎡	3	家族部屋
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
タイプ6	有/無	有/無	㎡			

※「一般居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時介護室相部屋」の別を記入。

共用施設	共用便所における便房	0ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
その他 ( )			ヶ所	
食堂	① あり	2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	① あり	2 なし		
エレベーター	1 あり (車椅子対応) ② あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし			
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
その他				

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	入居者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の社会的孤立感の解消、入居者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 ② 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 ② 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 ② 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、記入不要

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人寿光会 寿光会中央病院
		住所	愛知県みよし市三好町石畑5番
		診療科目	内科、循環器科、呼吸器科、消化器科、皮膚科
		協力内容	訪問診療、健康相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人寿光会 寿光会中央病院	
	住所	愛知県みよし市三好町石畑5番	
	協力内容	訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は、省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 <b>なし</b>
	要支援の者	<b>1</b> あり 2 なし
	要介護の者	<b>1</b> あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢が満60歳以上であること ただし、60歳未満であっても特定疾病等での要介護認定者は入居できます。</li> <li>・自立者の入居については、ご夫婦入居でどちらかが自立の場合</li> <li>・お支払いいただく費用を負担できること</li> <li>・健康保険に加入されていること</li> <li>・確実な連帯保証人が立てられること</li> <li>・円満な共同生活を営むことができること</li> <li>・当施設の運営主旨を理解いただき、ご協力を約束できること</li> </ul>	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者、賃借者双方とも1ヶ月前に相手側へ予告する。</li> <li>・本物件より退去したとき。</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通知なく30日以上無人とした場合。</li> <li>・虚偽の内容等、不正の手段を用いて入居したとき。</li> <li>・月額利用料等、正当な理由なく2か月</li> </ul>

		以上滞納したとき。 ・入居契約の条項に違背したとき。 ・建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損、又は滅失したとき。 ・行動が他の入居者に重大な影響を及ぼすとき。
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	① あり（内容：原則2泊3日。1泊あたり1,500円） ② なし	
入居定員		56人
その他	連帯保証人を1名定めていただきます。 ただし、定める事が出来ない相当な理由がある場合にはこの限りではない。 ・管理費等の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うこととなります。 ・入居者の健康生活上の連絡窓口となり、引取り等の責任を負うこととなります。	

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	0.5
直接処遇職員				
介護職員	5	5	0	3
看護職員	1		1	0.7
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1	0	0.5

その他職員			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>			
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。			
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。			

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	3	1
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	5	3
介護支援専門員	1	1

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
--	-----------------------	--



合、本欄は省略可能)	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料 老人ホームの介護サービス提供体制(外部 サービス利用型特定施設以外の場合、本欄 は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の 採用者数				0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の 退職者数										
応じた職員 の人数	業務に従事した 経験年数に	1年未満								
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

6. 利用料金 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式

	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	① あり 2 なし (平成 29 年 5 月 31 日までに入居された方の場合)	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度	3	3	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	25.55㎡	51.10㎡	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	① 有 2 無	① 有 2 無	
	台所	① 有 2 無	① 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	100,000円	200,000円	
月額費用の合計		118,960円	225,560円	
家賃		45,000円	90,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	39,600円	79,200円
		管理費	12,000円	24,000円
		介護費用(希望者のみ)	5,000円	10,000円
		光熱水費	12,360円	12,360円
その他(希望者のみ)	5,000円	10,000円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	土地建物賃借料 2,275 千円 入居率を 90%と設定 (56 名×90%≒50 名) 2,275 千円÷50 名≒45,000 円
敷金	家賃の 2.0 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	①施設設備保全費 5,000 円 (法人内同規模施設の実績より設定) ②人件費の 50%と設定 700 千円×50%÷50 名≒7,000 円 ①+②=12,000 円
食費	委託業者による. 1 食 440 円
光熱水費	法人内同規模施設の実績より設定 (45 室)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、記入不要**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は、省略可能**

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の	1 連帯保証を行う銀行等の名称	

保全先	2	信託契約を行う信託会社等の名称	
	3	保証保険を行う保険会社の名称	
	4	全国有料老人ホーム協会	
	5	その他（名称： _____）	

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### （入居者の人数）

性別	男性	25人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	6人
	65歳以上 75歳未満	13人
	75歳以上 85歳未満	19人
	85歳以上	15人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	4人
	要介護1	10人
	要介護2	11人
	要介護3	11人
	要介護4	13人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	24人
	5年以上 10年未満	12人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

### （入居者の属性）

平均年齢	79歳
入居者数※の合計	53人
入居率※※	94.6%
豊田市外からの転入者数 （豊田市外住民登録者を含む）	0人

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	14人
	死亡者	5人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 入院期間が長くなり、退去の申し出があったため。

**8. 苦情・事故等に関する体制**

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	あっとほーむ藤岡 寿光会中央病院 事務部	
電話番号	0565-75-2880 0561-32-1935	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~12:30
	日曜・祝日	
定休日		

**(外部の苦情処理機関)**

窓口の名称	豊田市役所 介護保険課	
電話番号	0565-34-6634	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	年末年始等	

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 契約保険会社名： あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 社 三河支店 豊田支社
---------------	------	---

		給付対象： 施設内における身体・家財・人権に関する事故 限度額： 対人・対物 5,000 万円/年
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 契約保険会社名： あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 三河支店 豊田支店 給付対象： 施設内における身体・家財・人権に関する事故 限度額： 対人・対物 5,000 万円/年
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

**(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)**

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

**9. 入居希望者への事前の情報開示**

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	1 あり (開催頻度) 年 1~2回
	2 なし
	1 代替措置あり (内容)
	2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内	

容	
---	--

添付書類：別添1（事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業）

別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

※

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。



別添1 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	ハートケア 東郷訪問介護事業所	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	ハートケア 東郷訪問看護ステーション	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
訪問リハビリテーション	あり	なし	寿光会中央 病院	愛知県みよし市三好町石 畑5番
居宅療養管理指導	あり	なし	寿光会中央 病院	愛知県みよし市三好町石 畑5番
通所介護	あり	なし	ハートケア 東郷デイサービスセンター	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
			ハートケア 藤岡デイサービスセンター	愛知県豊田市迫町石田691 番地42
通所リハビリテーション	あり	なし	三好介護老人保健施設	愛知県みよし市福谷町下 り松42-1
			豊田介護老人保健施設	愛知県豊田市川田町1-36
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし	グループホーム上豊田	愛知県豊田市若草町1-7 -21
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム上豊田	愛知県豊田市若草町1-7 -21
			グループホーム藤岡	愛知県豊田市深見町四反 田1033-13
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ハートケア 東郷居宅介護支援事業所	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
			ハートケア 藤岡居宅介護支援事業所	愛知県豊田市迫町石田691 番地42

＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ハートケア 東郷訪問介 護事業所	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	ハートケア 東郷訪問看 護ステーシ ョン	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	寿光会中央 病院	愛知県みよし市三好町石 畑5番
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	寿光会中央 病院	愛知県みよし市三好町石 畑5番
介護予防通所介護	あり	なし	ハートケア 東郷デイサ ービスセン ター	愛知県愛知郡東郷町大字 諸輪字北山158番地140
			ハートケア 藤岡デイサ ービスセン ター	愛知県豊田市迫町石田691 番地42
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	三好介護老 人保健施設	愛知県みよし市福谷町下 り松42-1
			豊田介護老 人保健施設	愛知県豊田市川田町1-36
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	グループホ ーム上豊田	愛知県豊田市若草町1-7 -21
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホ ーム上豊田	愛知県豊田市若草町1-7 -21
			グループホ ーム藤岡	愛知県豊田市深見町四反 田1033-13
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし	三好介護老 人保健施設	愛知県みよし市福谷町下 り松42-1
			豊田介護老 人保健施設	愛知県豊田市
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの指定の有無※1

介護サービス	特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の有無	有料老人ホームが実施するサービス		その都度徴収※3	料金※4	備考
		特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※2） で、実施するサービス	介護予防（介護保険外のサービス）			
食事介助	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			
おむつ代	あり	なし	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			
特浴介助	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり			
機能訓練	あり	なし	あり			
通院介助	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり			
リネン交換	あり	なし	あり			
日常の洗濯	あり	なし	あり			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり			
おやつ	あり	なし	あり			
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり			※利用ができる範囲を明確化すること
買い物代行	あり	なし	あり			
役所手続き代行	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	あり	なし	あり			
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり			※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり			
服薬支援	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり			
入退院時の同行	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり			
その他						
巡回	あり	なし	あり			※具体的な頻度を記載
緊急時対応（ナースコール等）	あり	なし	あり			

- ※ 1 : 併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
- ※ 2 : 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することと可）。
- ※ 3 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額の前払いの場合と、サービスの都度払いによる場合に比べて、いずれかかの欄に〇を記入する。
- ※ 4 : 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。